お薬手帳
有 ・ 無

年　　月　　日

歯科口腔外科　問診票

あなた様の体質・状態を知ることは、診断治療をしていく上で必要ですのでなるべく詳しくご記入ください。

下記の表のあてはまるところに記入または〇をつけて下さい。

フリガナ		男・女	（Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ）
受診者　氏名			生年月日　　年　　月　　日　　歳
ご住所	〒		
ＴＥＬ（　　）　　－		携帯電話　　－　　－	

1.　本日はどうなさいましたか？（現在の症状を記載してください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.　次のような病気の治療を受けたことがありますか？

高血圧　・　狭心症　・　心筋梗塞　・　糖尿病　・　脳梗塞　・　腎臓疾患

肝炎・肝臓疾患　・　呼吸器疾患・ぜんそく　・　その他（　　）

（＿＿＿＿＿＿＿＿病院＿＿＿＿科＿＿＿＿先生に治療を受けている）

3.　次の治療を受けたことがありますか？

ステロイド療法　・　人工透析　・　インシュリン投与

その他（　　）

4.　現在、服用しているお薬はありますか？

いいえ　・　はい（　　）

5.　麻酔下（全身・局所）で手術をしたことがありますか？

いいえ　・　はい（　　）

6.　輸血を受けたことがありますか

いいえ　・　はい

7.　麻酔、歯の治療で気分が悪くなったことはありますか？

いいえ　・　はい（　　）

8.　お薬・食物でのアレルギーがありますか？

いいえ　・　はい（　　）

9.　女性の方にお聞きします。 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？

いいえ　・　はい（第　　周目）

10.　治療に対しての希望がございましたら、お聞かせください。

［　　］

11.　当院を選ばれた理由をお聞かせください。

・ご紹介（　　より）　・他科受診中　・インターネット

・近隣の方　・その他（　　）

湘南東部総合病院